ANNALES
DE
GYNÉCOLOGIE
ET
D'OBSTÉTRIQUE

DIRECTEURS :

PINARD
[Pro]fesseur de clinique d'accouchements [à] la Faculté de médecine. Membre [d]e l'Académie de médecine.

TERRIER
Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine. Membre de l'Académie de médecine.

PAUL SEGOND
Professeur à la Faculté de médecine, Chirurgien de la Salpêtrière.

Rédacteurs en chef :

Dr H. HARTMANN
Professeur agrégé à la Faculté. Chirurgien de l'hôpital Lariboisière.

Dr A. COUVELAIRE
Professeur agrégé à la Faculté. Accoucheur des hôpitaux.

Secrétaire de la Rédaction :
Dr R. Labusquière.

EXTRAIT

PARIS
G. STEINHEIL, ÉDITEUR
2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 6e

1908

Les *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique* ont été fondées en 1873 par PAJOT, COURTY, GALLARD et Alb. LEBLOND. — Elles sont donc actuellement dans leur 35e année. Les *Annales* paraissent chaque mois, par fascicule d'au moins 64 pages, et forment, chaque année, un volume d'environ 800 pages. — Le 1er numéro de chaque trimestre contient un index bibliographique, dont les matières sont classées méthodiquement en paragraphes, de façon à faciliter les recherches.

Comité de rédaction :

Champetier de Ribes. — Fieux. — A. Herrgott. — Lepage. — Oui.
A. Pollosson. — Potocki. — Queirel.
Ribemont-Dessaignes. — Wallich. — Chantemesse. — Troisier.
Condamin. — Pierre Delbet.
Just Lucas-Championnière. — Mauclaire. — Nélaton. — Nogues. — Pozzi
Quénu. — Schwartz. — Tuffier.

Correspondants :

Aage Kiaer, à Copenhague. — F. Barnes, à Londres. — Bumm, à Berlin.
Byford, à Chicago. — Cantacuzène, à Bucarest.
Cardenal, à Barcelone. — Cordes, à Genève. — De Ott, à Saint-Pétersbourg.
Hofmeier, à Würzbourg. — Pestalozza, à Rome.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

Pour Paris, **18** fr. — Pour les Départements, **20** fr.
Pour l'Union postale, **22** fr.

Tout ce qui concerne la rédaction doit être adressé *franco :*

A M. le Dr **Hartmann**, 4, place Malesherbes, pour la *partie gynécologique ;* à M. le Dr **Couvelaire**, 29, rue Pierre-Charron, pour la *partie obstétricale ;* — ou aux bureaux du journal chez l'éditeur.

Extrait des *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique.* — Mai 1908.

ADÉNOME DIFFUS DU COL UTÉRIN SIMULANT LE CANCER

Par **H. HARTMANN** et **P. LECÈNE.**

Il n'y a peut-être pas de problème d'histologie pathologique plus difficile à résoudre actuellement que celui-ci : une tumeur étant donnée, doit-elle être classée parmi les tumeurs bénignes ou parmi les malignes? Si souvent, dans un grand nombre d'exemples schématiques, la réponse est facile, il y a par contre un certain nombre de cas où l'examen histologique le plus approfondi ne peut trancher avec certitude cette importante question de bénignité ou de malignité d'une tumeur. C'est que, il faut bien le reconnaître, la bénignité ou la malignité d'un néoplasme ne peut être reconnue que par un ensemble d'observations convergentes : 1° *examen histologique de la tumeur ;* 2° *notions cliniques sur son évolution et sa durée* ; 3° *examen anatomique complet de l'ensemble de l'organisme, permettant d'éliminer avec certitude ou, au contraire, de constater la présence de métastases, soit ganglionnaires, soit viscérales.* On peut même dire qu'en l'état actuel de nos connaissances, ce dernier caractère seul (présence ou absence de métastases) permet avec certitude de placer définitivement une variété donnée de néoplasme dans le cadre des tumeurs malignes ou des bénignes. La récidive *in sitû* ne prouve pas grandchose, car elle est fonction de l'extirpation complète ou incomplète d'une tumeur, et certains fibromes jeunes, appelés à tort par quelques auteurs fibrosarcomes, peuvent récidiver sur place d'une façon désespérante pour le chirurgien ; ce ne sont cependant pas des tumeurs malignes, puisqu'elles sont incapables de donner naissance à des métastases.

Ce préambule était nécessaire pour légitimer les doutes que nous serons bientôt amenés à formuler à propos du diagnostic exact de la nature du curieux néoplasme du col utérin qui fait l'objet de ce travail. Notre observation est forcément incomplète, car il nous manque l'examen anatomique des ganglions et des viscères, et d'autre part le laps de temps écoulé depuis l'opération est trop court (six mois) pour que nous puissions tirer de l'absence d'apparition clinique de méta-

tases une conclusion ferme. Néanmoins nous avons cru intéressant de publier dès maintenant cette observation, à cause de certaines particularités cliniques et anatomiques qui la rendent curieuse et exceptionnelle.

Voici l'histoire clinique de notre malade :

Obs. — Mme X., 43 ans, a été réglée à 12 ans et demi, immédiatement bien; mariée à 20 ans, elle a eu 4 grossesses à terme, à 21, 22, 23 et demi, 25 ans; les couches ont toujours été bonnes, sauf la troisième qui a été compliquée d'inertie utérine. Elle a eu de plus 5 fausses couches, survenues au troisième ou au quatrième mois, la première entre la seconde et la troisième grossesse à terme, les trois autres postérieurement au dernier accouchement.

Jamais elle n'avait souffert de l'utérus lorsque le 6 février 1905, 10 à 12 jours après la fin des règles normales, après une période de troubles généraux caractérisés par une modification de la voix, un épaississement des cheveux et des envies rappelant celles qu'elle avait eues antérieurement au cours de ses grossesses, elle expulsa un caillot volumineux qu'on considéra comme une fausse couche. Depuis cette époque elle a presque constamment perdu en rouge, mais en petite quantité. Vers la fin de 1905, cet écoulement a commencé à prendre une mauvaise odeur. Malgré cet écoulement, la malade a eu régulièrement chaque mois des règles normales, durant 3 jours. Le sang, qui coulait au moment des règles, ne présentait rien de particulier, mais dès que les règles étaient finies, reparaissait un petit écoulement, sale, ayant de l'odeur, alors que le sang des règles n'en avait pas.

Dans les antécédents nous relevons une suppuration osseuse de la région tibio-tarsienne droite, survenue à 12 ans, ayant laissé des cicatrices profondes et déprimées; de plus à 22 ans, une parotidite, suppurée largement incisée.

20 *novembre* 1907. — Au toucher on trouve au fond du vagin, à la place du col, une tumeur arrondie, ulcérée, inégale, saignante, que nous considérons comme un épithélioma. L'ulcération, qui occupe toute la portion vaginale du col, n'envahit pas les culs-de-sac vaginaux, les ligaments larges semblent sains, aussi conseillons-nous de pratiquer une hystérectomie abdominale avec résection du fond du vagin.

24. — *Curettage*, puis *colpohystérectomie abdominale* par M. Hartmann. Des écarteurs sont placés à droite et à gauche sur le vagin; le col est saisi et abaissé avec des pinces à traction. Nous constatons alors nettement que le col est remplacé par une tumeur bourgeonnante, rouge, ulcérée, qui s'étend jusqu'aux culs-de-sac vaginaux sans les envahir, qui rappelle l'épithélioma ordinaire, mais qui en diffère cependant par ce fait que la tumeur est moins friable, que, tout en étant bourgeonnante, elle ne présente pas des bords évasés, mais qu'elle se termine par un contour arrondi régulièrement, l'ulcération cessant pour faire place à une muqueuse vaginale normale, un peu en avant du fond des culs-de-sac; de plus, entre les bourgeons qui par leur accolement

constituent la tumeur, existent de petits pertuis d'où sourd du pus vrai et non de la sérosité sanguinolente comme dans les épithéliomas ; enfin toute la tumeur présente le même aspect et en aucun point on ne voit d'excavation ulcéreuse comme dans l'épithélioma ordinaire.

Avec la curette nous enlevons toutes le parties que nous pouvons détacher, mais n'arrivons pas ainsi à évider la tumeur, le tissu étant moins friable, plus solide et plus fibreux que celui de l'épithélioma. Cautérisation au thermo. Le ventre est alors ouvert sur la ligne médiane, de l'ombilic au pubis, et une grande valve de Doyen estplacée dans l'angle inférieur de la plaie ; nous relevons et enlevons de chaque côté les annexes qui sont atteintes d'hydrosalpingite. Le péritoine est incisé en avant de l'utérus, décollé et refoulé avec la vessie. La base des ligaments larges étant largement ouverte, nous lions à distance de l'utérus et après écartement de l'uretère les pédicules utérins. Dissection du fond du vagin, section circulaire de celui-ci, à 3 centimètres environ au-dessous des culs-de-sac.

Rétrécissement avec deux catguts des parties latérales de la section vaginale. Une mèche iodoformée est placée dans le vagin au-dessous de la vessie ; un drain vaginal arrive jusqu'au péritoine. Fermeture totale de la paroi abdominale.

Suites opératoires. — Les suites ont été des plus normales. La température ne s'est jamais élevée au-dessus de 37°,8 (température rectale). Des gaz ont été émis spontanément par l'anus le 26. Le drain a été retiré le 28, la mèche le 30 et la malade a quitté la clinique le 18 décembre, complètement guérie.

L'examen anatomique de la pièce montre les particularités suivantes : L'utérus est fendu dans toute sa longueur après fixation dans le formol ; on voit alors que le canal cervical a été érodé, usé par l'infiltration des bourgeons végétants qui constituaient la masse principale du néoplasme ; mais la rigole péricervicale formée par la saillie du museau de tanche dans le vagin est conservée et le col possède encore, sur une hauteur d'un centimètre environ, un revêtement de muqueuse vaginale normale nullement ulcérée. Le fait le plus particulier que l'on remarque à l'inspection de la coupe de l'utérus, c'est *que la trame conjonctivo-musculaire du col est intacte et qu'il existe un arrêt brusque dans la pénétration des bourgeons néoplasiques tout autour de la cavité que le néoplasme s'est creusée dans le col.*

En haut la portion isthmique de l'utérus est normale ainsi que le corps de l'organe : la muqueuse ne présente aucune altération, non plus que le muscle sous-jacent.

Quant au tissu cellulaire qui occupe l'insertion du ligament large tout autour du col utérin, il est souple, normal, nullement infiltré.

En résumé, les caractères les plus frappants de cette pièce à l'examen macroscopique étaient : 1° *la présence dans la cavité cervicale d'une ulcération assez vaste, mais régulière, qui avait évidé le canal cervical et se trouvait remplie par des bourgeons végétants ; 2° l'arrêt brusque de l'infiltration néoplasique au niveau des parois de cette ulcération ; 3° l'intégrité apparente de l'isthme, du corps utérin et enfin du paramètre.*

L'examen *microscopique* n'a fait que confirmer les résultats de cet

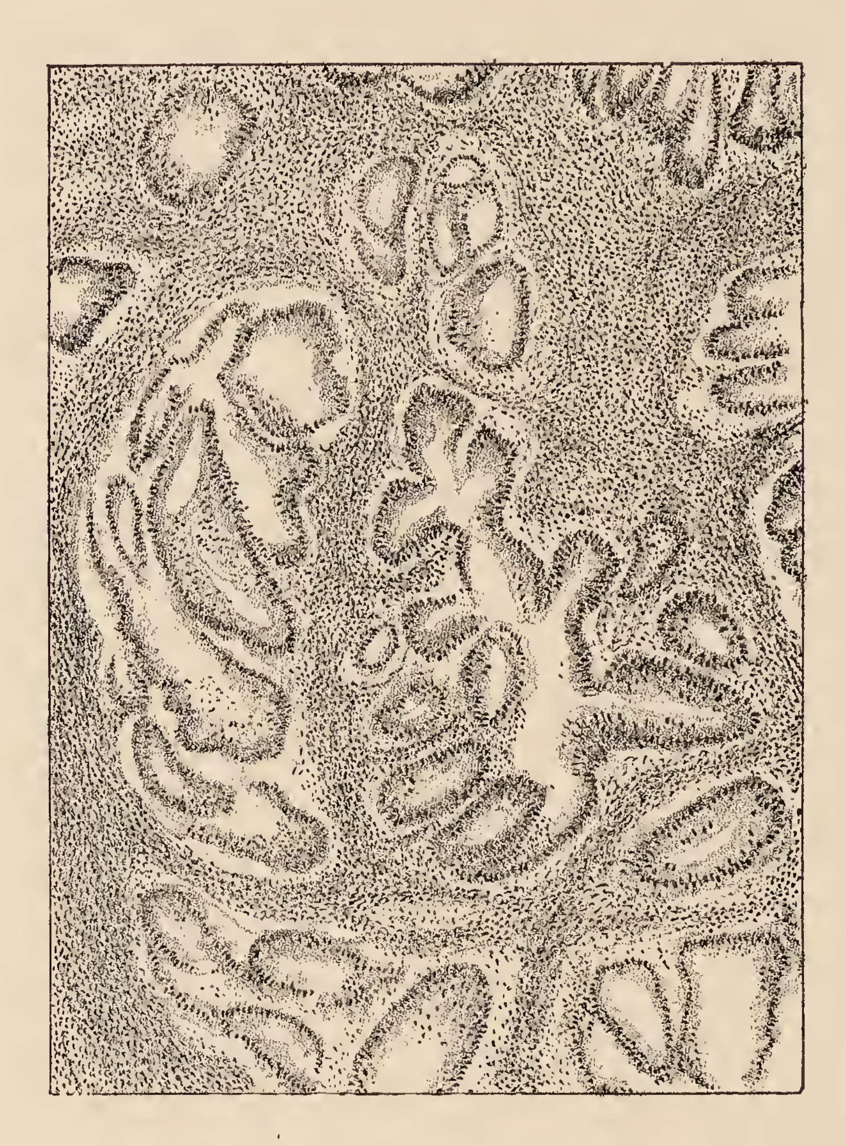


Fig. 1. — Coupe de l'adénome diffus du col utérin, vu à un faible grossissement (40).

examen à l'œil nu. Sur des coupes nombreuses de la portion du col utérin qui limitait l'ulcération cavitaire centrale, nulle part nous n'avons trouvé de boyaux épithéliaux infiltrés, comme cela est la règle absolue dans les cancers primitifs du canal cervical ; partout le tissu musculaire lisse et conjonctif qui forme le stroma du col utérin était normal.

Quant à la muqueuse du canal cervical, elle avait complètement disparu ; elle était remplacée par de volumineux bourgeons végétants dont la structure était partout la même : ils étaient formés d'une part d'un stroma conjonctif jeune (V. fig. 1 et 2), très infiltré de leucocytes polynucléaires et riche en vaisseaux capillaires ; d'autre part, de cavités irrégulières en doigt de gant, d'aspect glandulaire, revêtues d'épithé-

lium cylindrique haut, sans cils vibratiles, mais présentant en certains points une évolution muqueuse. Presque partout, dans ces cavités pseudo-glandulaires, il n'y avait *qu'un seul rang de cellules cylindriques*, dont les noyaux bien colorés occupaient la base : tout autour des cavités tapissées d'épithélium, on trouvait une *basale nette, et en aucun point nous n'avons vu d'effondrement de cette basale ni d'infiltration des cellules épithéliales dans le tissu conjonctif environnant ;* enfin, nous n'avons pas trouvé, dans les noyaux des cellules épithéliales cylindri-



Fig. 2. — Un des pseudo-tubes glandulaires.

ques, ces altérations nucléaires et ces divisions indirectes atypiques, si fréquentes qu'on peut les dire constantes dans les tumeurs malignes épithéliales.

Cet examen histologique nous montre donc que la portion active du néoplasme est formée d'un grand nombre de cavités pseudo-glandulaires à épithélium cylindrique, non cilié, rappelant très bien par leur structure les glandes muqueuses du canal cervical normal : ces cavités pseudo-glandulaires sont toutes bien fermées par une basale ; il n'y a aucune tendance à l'infiltration des cellules épithéliales dans le tissu conjonctif environnant et, d'autre part, les cellules cylindriques des cavités ne sont pas en prolifération très active. En somme, la formule

histologique de ce néoplasme nous paraît devoir être : *Adénome diffus de la muqueuse du canal cervical, développé très vraisemblablement aux dépens des glandes muqueuses de ce canal.*

Cette variété de néoplasme du col de l'utérus est très exceptionnelle et, pour notre part, nous n'avons jamais rien vu d'analogue sur une cinquantaine de tumeurs du col de l'utérus que nous avons examinées microscopiquement. Autant l'épithélioma pavimenteux avec ou sans globes cornés du col de l'utérus, l'épithélioma cylindrique atypique infiltrant parti du canal cervical, sont d'observation courante et de diagnostic histologique évident, autant notre tumeur nous semble curieuse et rare. Il n'y a pas non plus dans notre observation à songer à ces *polypes* muqueux du col utérin, si fréquents dans les métrites du col ou même en dehors de toute métrite ; ces « polypes » sont formés surtout d'une grande quantité de tissu conjonctif jeune, très lâche, infiltré d'œdème et parsemé çà et là de tubes glandulaires en tire-bouchons, ou de microkystes, tout à fait comparables à ceux que l'on rencontre si souvent dans toutes les endométrites fongueuses. Dans notre cas, *l'agglomération énorme des cavités pseudo-glandulaires et leur prédominance considérable sur l'élément conjonctif dans la constitution de la tumeur*, différencient complètement notre néoplasme des *polypes muqueux* du col de l'utérus.

Nous avons cherché si dans la littérature médicale nous pourrions trouver quelque observation analogue ; nos recherches ont été peu fructueuses. Un certain nombre d'auteurs allemands ont bien rapporté des cas d'*adénome malin* du col de l'utérus, tels par exemple *Ruge-Veit* (1), *Selberg* (2), *Schidkowski* (3). Mais il suffit de lire le texte de ces auteurs et plus encore de regarder les figures qui l'illustrent pour voir que leurs observations se rapportent en réalité à des *épithéliomes cylindriques atypiques et infiltrants* du col utérin. Le terme *d'adénome malin* ne peut d'ailleurs être admis dans notre terminologie française, puisque adénome pour nous, c'est par définition une tumeur formée de tissus rappelant par leur structure et leur disposition réciproque des éléments glandulaires, et de plus une tumeur bénigne non susceptible de métastase, dans laquelle l'élément épithélial conserve par rapport à l'élément conjonctif une disposition *typique* comparable à celle que

(1) Ruge-Veit, *Zeitsch. f. Geb. und Gynäk.*, t. II, p. 415.
(2) Selberg, *Virchows Archiv.*, t. CLX, p. 552.
(3) Schidkowski, *Monatsch. f. Geb. und Gyn.*, t. XXIII, p. 457.

l'on rencontre dans les glandes normales. En Allemagne, au contraire, l'adénome est souvent compris par beaucoup de pathologistes comme un néoplasme susceptible de donner des métastases et par conséquent « malin » ; c'est notre épithélioma atypique, et les Allemands opposent souvent l'adénoma malignum au carcinome.

Le terme d'adénome malin nous semble donc mauvais et propre seulement à entretenir la confusion.

De nos recherches bibliographiques nous ne retiendrons qu'un seul cas, qui nous paraît très analogue au nôtre : c'est celui publié par Mansfeld (1). — Voici cette observation résumée :

Femme de 46 ans; a eu trois enfants, le dernier il y a 13 ans ; depuis un an, hémorragies irrégulières, souvent abondantes. Sur la lèvre postérieure du col on trouve une tumeur végétante, bourgeonnante, saignant facilement, du volume d'une noix et reposant sur une base large et indurée. L'utérus est mobile ; le paramètre souple de chaque côté. On enlève la tumeur et on en fait l'examen histologique, qui montre qu'elle est formée d'un très grand nombre de glandes ou cavités pseudo-glandulaires à épithélium cylindrique, disséminées dans un stroma conjonctif enflammé : on fait le diagnostic d'*adénome* sans malignité. La malade est revue quatre mois après : la tumeur a repoussé sur le col utérin et saigne de nouveau. On fait alors une amputation supravaginale du col : la malade depuis lors (un an environ) n'a pas présenté de nouvelles hémorragies et d'après son médecin il n'y a pas de récidive locale.

La figure très nette qui accompagne l'observation de Mansfeld nous montre que ce néoplasme avait une structure tout à fait semblable à celui que nous avons rapporté plus haut.

Enfin notre collègue et ami, le docteur Morestin, a eu la grande obligeance de nous communiquer une observation inédite de sa pratique personnelle, qui mérite d'être rapprochée de notre observation et de celle de Mansfeld. Voici un résumé de l'observation du docteur Morestin :

Mme X..., âgée de 28 ans, entrée en août 1898 dans le service du professeur Le Dentu à l'hôpital Necker. La malade est venue à l'hôpital à cause de pertes blanches et rouges qui l'inquiètent depuis quelque temps. On ne relève rien d'intéressant dans ses antécédents personnels : elle est réglée depuis l'âge de 37 ans : elle n'a jamais eu de couches. Ces temps derniers, aux pertes blanches qui existent depuis plusieurs années se sont ajoutées quelques pertes sanglantes.

---

(1) Mansfeld, *Zeitschrift f. Geb. und Gynäk.*, 1907, t. LX, p. 369.

Actuellement, l'examen de la vulve et du vagin ne présente rien d'anormal. Au toucher le corps utérin est de volume normal, en antéflexion légère ; le col utérin est souple et normal au niveau de sa surface extérieure : mais au niveau de son orifice le doigt perçoit une masse irrégulière en chou-fleur, formant une saillie du volume d'une noisette; l'exploration digitale provoque un léger écoulement sanglant. Au spéculum, on voit qu'en effet l'orifice du col utérin est occupé par une masse *végétante*, formée d'une série de bourgeons de coloration rosée, paraissant avoir leur origine dans l'intérieur de la cavité cervicale; ces bourgeons rappellent assez bien ceux de l'épithéliomæ végétant du col utérin : ils ne sont cependant ni aussi violacés, ni aussi friables et saignants que ceux du cancer. Dans la base des ligaments larges et au niveau des culs-de-sac vaginaux, le doigt ne perçoit aucune induration suspecte.

Étant données les difficultés d'interprétation de cette lésion cervicale, on en prélève un fragment à la curette et l'examen histologique fait par le docteur Pettit, chef de laboratoire, répond : *Adénome* des glandes du col utérin.

Le 13 août 1898, M. Morestin pratique le curettage du col utérin avec une grosse curette bien tranchante en allant jusqu'au tissu sain : il n'y a en somme qu'une couche assez peu épaisse de tissus morbides. On fait un nouvel examen histologique des bourgeons curettés et cette fois encore le docteur Pettit répond qu'il s'agit d'adénome sans tendance à la transformation en épithélioma infiltré.

La malade sortit une dizaine de jours après l'opération et revint tous les deux jours se faire panser pendant un certain temps : on assista à la guérison progressive de la lésion et peu à peu toute la partie du col utérin mise à nu par le passage de la curette s'est recouverte d'épithélium. Il a repris son aspect normal.

Il n'a pas été possible d'avoir des nouvelles de cette malade depuis lors.

Il est évident que cette observation se rapproche beaucoup de la nôtre et de celle de Mansfeld : il semble bien qu'ici la lésion adénomateuse du col ait été rencontrée à son début : et on comprend que le simple curettage ait suffi à amener la guérison. Nous avons vu les hésitations du chirurgien en présence de cette curieuse lésion du col, qui évidemment se rapprochait beaucoup par certains points de l'épithélioma, sans cependant en présenter tous les caractères. La valeur de l'anatomiste qui fit l'examen microscopique (docteur Pettit) met hors de conteste le diagnostic d'adénome qui fut porté à deux reprises.

Voici donc trois observations qui présentent plus d'un point commun et montrent que certains adénomes du col utérin peuvent simuler cliniquement presque en tout point le cancer si fréquent de cet organe : un seul caractère clinique pourtant pouvait permettre d'émettre à priori quelques doutes sur le diagnostic de cancer dans notre observation personnelle : c'est *la lenteur de l'évolution du mal*; presque

trois années s'étaient écoulées depuis les premières pertes sanguines de la malade et certainement, au bout d'un temps si long, un cancer du col eût déjà largement infiltré les tissus voisins ; alors que, nous l'avons vu, la base des ligaments larges était encore parfaitement *souple*. Néanmoins seule la biopsie ou l'examen de la pièce enlevée pouvaient permettre de porter le diagnostic anatomique exact.

Une question très importante reste malheureusement sans réponse précise : quel est le degré de *bénignité* ou de *malignité* de ces adénomes du col ? Les trois observations que nous avons rapportées ne peuvent pas nous renseigner sur ce point : car dans aucune l'observation anatomique n'est assez complète pour nous permettre de dire avec certitude, s'il existait ou non des métastases, ganglionnaires ou viscérales, seul critérium certain de malignité ; d'autre part, dans l'observation de Morestin, la malade, malgré nos recherches, n'a pu être retrouvée et nous ne savons pas si elle est restée guérie définitivement après un simple curettage; cette guérison constatée serait évidemment une présomption bien forte en faveur de la bénignité de l'adénome cervical.

Donc sur ce point, bénignité complète ou relative malignité, nous ne pouvons rien dire de certain ; mais notre impression nette, c'est que, de *par leur structure histologique*, *ces adénomes du col ne sont pas des tumeurs malignes* : en tous cas, ils diffèrent certainement beaucoup des autres néoplasmes primitifs à cellules cylindriques de la cavité cervicale, dont l'évolution est toujours si maligne et si rapidement maligne.

Nous espérons que de nouvelles recherches viendront un jour éclaircir ce point important, et qu'alors nous pourrons savoir si oui ou non les adénomes du col sont bien des tumeurs bénignes, comme permet de le supposer l'étude de leur structure microscopique. Mais en tout cas, et quelle que soit l'issue de cette enquète ultérieure, nous avons cru utile d'attirer dès maintenant l'attention des gynécologues et des pathologistes sur ces tumeurs rares du col utérin qui simulent si bien le cancer ; elles semblent jusqu'ici être passées inaperçues en France, ou tout au moins n'ont pas reçu toute l'attention qu'elles méritent.

30-5-08. — Tours, imp. E. Arrault et Cie.

BÉRILL. — **Syphilis du poumon chez l'enfant et chez l'adulte.** — Un vol. in-16 de 346 pages avec 22 figures dans le texte et une planche en couleur. Prix . . . . 4 fr.

BELOT. — **Traité de radiothérapie.** *Deuxième édition*, revue et corrigée. Préface de M. Brocq, médecin de l'hôpital Broca. Un vol. in-8 raisin de 628 pages, avec 28 figures dans le texte et 13 planches. Prix cartonné. 15 fr.

BRANDEIS (R.). — **L'Urine normale et pathologique** (Technique urologique appliquée au diagnostic). Un vol. petit in-16 de 312 pages, avec 85 figures dans le texte et 4 planches hors texte en couleur. Prix . . 4 fr.

BERGER et HARTMANN. — **Traité de médecine opératoire et de thérapeutique chirurgicale.**

Chirurgie orthopédique, par PAUL BERGER, professeur à la Faculté de Médecine, et S. BANZET, chef du laboratoire de médecine opératoire à la Faculté. Un vol. grand-jésus de 624 pages, avec 489 figures dans le texte. Prix . . . . 20 fr.

La Rhinoplastie, par CH. NÉLATON, professeur agrégé à la Faculté, et OMBRÉDANNE, chirurgien des hôpitaux. Un vol. de 438 pages, avec 391 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

Les Autoplasties (lèvres, joues, oreilles, tronc, membres), par CH. NÉLATON et OMBRÉDANNE. Un vol. grand-jésus de 200 pages, avec 291 figures dans le texte. Paris. . . . . 10 fr.

Chirurgie du système nerveux (crâne et encéphale, rachis et moelle, nerfs), par G. MARION, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien des hôpitaux. 1 vol. de 530 pages avec 320 figures dans le texte. Prix . . . . 18 fr.

Chirurgie des Organes génitaux urinaires de l'homme, par H. HARTMANN, professeur agrégé à la Faculté. 1 vol. de 432 pages, avec 412 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

Chirurgie de l'œil et de ses annexes, par M. TERRIEN (Félix), ancien chef de clinique ophtalmologique à la Faculté. In-8 de 440 pages avec 311 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

Chirurgie oto-rhino-laryngologique (oreille, nez, sinus de la face, pharynx, larynx et trachée), par GEORGES LAURENS, ancien assistant d'oto-rhino-laryngologie des hôpitaux de Paris. Un volume in-8 de 976 pages avec 470 figures dans le texte. Prix . . . . 30 fr

BEZANÇON (F.) et LABBÉ (M.). — **Traité d'hématologie.** Un vol. in-8 grand-jésus de xx-960 pages, avec 126 figures et 9 planches en couleurs, d'après les aquarelles de M. LABBÉ. Prix . . . . 25 fr.

BOUCHARD (Ch.). — **Traité de radiologie médicale.** 1 vol. grand in-8 jésus de 1100 pages, avec 357 figures et 7 planches hors texte. Prix. 30 fr.

CHAMPETIER DE RIBES et VARNIER. — **Étude anatomique sur l'insertion vicieuse du placenta** (*Coupes après congélation*). Un atlas in-folio raisin, comprenant 7 planches en phototypie grandeur nature et texte explicatif avec figures. Prix . . . . 25 fr.

EICHHORST. — **Traité de diagnostic médical.** Traduit et annoté sur la 4e édition allemande par les docteurs **A.-B. Marfan**, agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux, et **Léon Bernard**, médecin des hôpitaux. *Troisième édition française*, in-8 jésus de 880 pages, avec 288 figures en noir et en couleur et 4 planches hors texte en couleur. Prix . . . . 20 fr.

GUILLEMINOT (H.). — **Électricité médicale.** Un vol. in-16 de XII-612 pages, avec 76 figures dans le texte et 8 planches hors texte en couleur. Prix cartonné . . . . 10 fr.

HERTWIG (O.). — **Précis d'embryologie de l'homme et des vertébrés.** Traduit sur la 2e édition allemande par L. MERCIER, chef des travaux de zoologie à la Faculté des sciences de Nancy. Préface du professeur A. PRENANT. Un vol. in-8 raisin de 534 pages, avec 373 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

HARTMANN. — **Travaux de chirurgie anatomo-clinique.**

Première Série : **Voies urinaires. Estomac.** — Avec la collaboration de B. Cunéo, Delaage, P. Lecène, Leroy, G. Luys, Prat, G.-H. Roger, Soupault. Un vol. in-8 grand-jésus de VIII-356 pages, avec 113 figures dans le texte. Prix . . . . 15 fr.

Deuxième Série : **Voies urinaires. Testicule.** — Avec la collaboration de B. Cunéo, Esmonet, Lavenant, Lebreton, Lecène. Un vol. in-8 grand-jésus de 340 pages, avec 105 figures. Prix. . . . . 15 fr.

Troisième Série : **Chirurgie de l'intestin.** — Avec la collaboration de P. Lecène et J. Okinczyc. Un vol. in-8 grand-jésus de VIII-454 pages, avec 153 figures dans le texte. Prix . . . . 16 fr.

FARABEUF (L.-H.) et **VARNIER** (Henri). — **Introduction à l'étude clinique et à la pratique des accouchements.** (Anatomie. Présentations et positions. Mécanisme. Toucher. Manœuvres. Extraction du siège. Version. Forceps). Préface de M. le professeur A. Pinard. *Nouvelle édition* revue et corrigée par L.-H. Farabeuf. Un volume grand-jésus de 480 pages, avec 362 figures d'après les dessins originaux du professeur Farabeuf. Prix. . . . . 15 fr.

LE GENDRE et BROCA. — **Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale.** *Deuxième édition* complètement refondue. Un vol. in-8 de 750 pages, avec un formulaire, un tableau posologique et 170 figures dans le texte, cartonné. Prix. . . . . 15 fr.

MARFAN, professeur agrégé à la Faculté, médecin des hôpitaux. — **Traité de l'allaitement et de l'alimentation des enfants du premier âge.** 2[e] *édition* revue et corrigée. Un vol. in-8 de XVI-588 pages avec figures, cartonné toile souple. Prix. . . . . 12 fr.

OSLER (W.). — **La Pratique de la médecine.** Traduction française sur la 6[e] édition, par les docteurs Salomon et Louis Lazard. Préface du docteur Pierre Marie. Un volume in-8 raisin de 1224 pages avec 22 figures et 4 planches. Prix cartonné. . . . . 25 fr.

PINARD et VARNIER. — **Etudes d'anatomie obstétricale normale et pathologique.** *Délivrance. Utérus bicorne. Grossesse extra-utérine. Grossesse utérine de deux mois et demi. Présentation du siège. Mode des fesses. Brides amniotiques. Décollement prématuré du placenta normalement inséré. Position occipito-sacrée. Engagement au détroit supérieur.*

Un volume in-folio raisin de VII-104 pages, avec figures et un atlas contenant 44 planches demi-raisin en chromolithographie, 16 planches en phototypie et 31 planches explicatives en lithographie. Le volume et l'atlas reliés demi-chagrin, avec coins, tête dorée. Prix . . . . 300 fr.

POTOCKI et BRANCA. — **L'Œuf humain et les premiers stades de son développement. Éléments d'embryogénie.** Préface de M. le professeur Pinard. Un vol. gr.-jésus de 196 pages, avec 100 figures et 7 pl. en couleur. Prix . . . . 10 fr.

STOHR (Ph.). — **Traité technique d'histologie.** Traduit par les docteurs H. Toupet et Critzman. *Troisième édition française*, complètement remaniée, d'après la 10[e] édition allemande, par le D[r] Mulon, préparateur d'histologie à la Faculté de médecine de Paris. Préface du professeur Cornil. Un vol. gr.-jésus de 514 pages, avec 339 figures en noir et en couleurs. Prix. . 15 fr.

TERRIEN (Eugène). — **Précis d'alimentation des jeunes enfants** (Etat normal. Etats pathologiques). Préface du professeur Grancher. *Deuxième édition.* Un vol. in-16. Prix cartonné. . . . . 4 fr.

VARNIER. — **La Pratique des accouchements. Obstétrique journalière.** — Un fort volume in-8 soleil sur deux colonnes. 440 pages avec 386 figures. Cartonné amateur, tête dorée. Prix . . . . 26 fr.